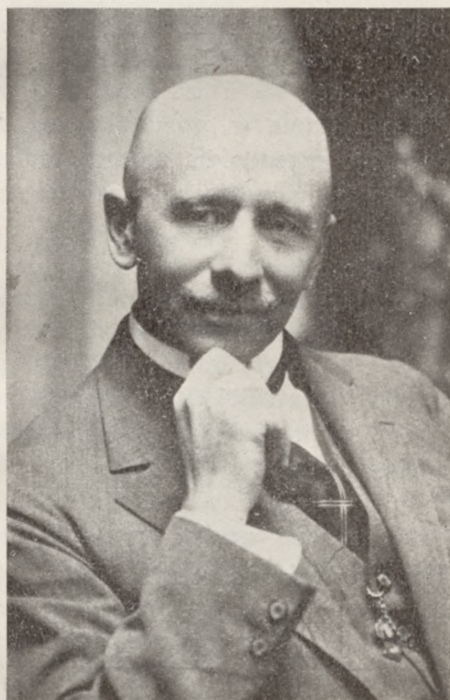
ROK XIII. LIPIEC — SIERPIEŃ — WRZESIEŃ 1933. Nr. 7—9 (127—129)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK



Ś. † P.

Dr. med. Stanisław Kopczyński, Hygjenista, Propagator profilaktyki stomatologicznej w szkołach.

Ś. p. dr. med. Stanisław Kopczyński

Wspomnienie pośmiertne.

W lipcu r. b. zmarł ś. p. dr. Stanisław Kopczyński, naczelny wizytator hygjeny szkolnej w Ministerstwie Wyznań Relig. i Oświecenia Publicznego.

Byłoby chyba zbędnem zaznaczać tutaj, kim był zmarły dla hygjeny szkolnej w Polsce, jaką rolę odegrał w organizacji opieki hygjeniczno - lekarskiej w szkolnictwie. Uczyniły to rozmaite czasopisma a pamięć Jego uczcił szereg instytucyj i organizacyj.

W tym hołdzie, oddawanym wielkiej zasłudze wybitnego lekarza - hygjenisty, lekarza - społecznika, nie powinno jednak zbraknąć również stomalogów polskich i tych, którzy pracują w tej dziedzinie wiedzy i praktyki lekarskiej.

Propagując od lat zgórą trzydziestu hasło rozpowszechniania zasad hygjeny w szkole i przez szkołę, nie mógł ś. p. dr. Kopczyński pominąć hygjeny jamy ustnej, tak u nas bardzo i powszechnie zaniedbywanej. Sprawa utrzymywania w czystości przez dzieci i młodzież jamy ustnej, racjonalnego czyszczenia zębów, poddawania się okresowemu przeglądowi i leczeniu uzębienia — zawsze znajdowała w Nim poplecznika.

Doceniając ogromnie znaczenie zdrowych, należycie pielęgnowanych zębów nie tylko dla stanu jamy ustnej i sprawnego działania przewodu pokarmowego, ale i dla zapobiegania t. zw. z a k a ż e n i u u s t n e m u *(oral Sepsis)*. Zmarły od chwili przystąpienia do organizacji opieki hygjeniczno - lekarskiej w szkołach naszych jednocześnie zaczął wprowadzać do nich pomoc dentystyczną, zabiegając o tworzenie szkolnych gabinetów, o godziny kontraktowe i etaty dla lekarzy-dentystów, o należyte obsadzenie tych stanowisk, a wreszcie o „opisanie prawami" nowej instytucji dentystów szkolnych.

Już w 1919 r. opracowuje instrukcję dla tych pracowników, których liczba w szkołach naprzód państwowych, a potem i prywatnych, tak średnich, jak i publicznych powszechnych, zaczyna szybko wzrastać.

Gdy jeszcze w 1918 r. ani jedna szkoła na całym terenie Rzeczypospolitej nie posiadała pomocy dentystycznej, to w r. szk. 1930/31 — 66 proc. państwowych szkół średnich ogólnokształcących, 73 proc. seminarjów nauczycielskich i ochroniarskich oraz 67 proc. szkół zawodowych korzystało z tej pomocy, a w 342 szkołach rozmaitego typu

były już kompletnie urządzone gabinety dentystyczne. Te zestawienia liczbowe są widomym znakiem działalności ś. p. d-ra Kopczyńskiego na polu stomatologji społecznej w Polsce.

Moralnym zaś sprawdzianem tej pracy niech służy jednomyślne wypowiedzenie się w 1931 roku dyrektorów i dyrektorek szkół państwowych za koniecznością utrzymania nadal w szkołach pomocy dentystycznej pomimo skasowania ze względów oszczędnościowych etatów i godzin kontraktowych na wynagrodzenie dla dentystów szkolnych, a także fakt wzięcia przez Koła Rodzicielskie ciężaru utrzymywania gabinetów dentystycznych i prawie całkowitego opłacania honorarjów.

Dobrze zasłużył się ś. p. dr. Stanisław Kopczyński szerzeniu idei zębolecznictwa w szkole.

Cześć Jego pamięci!

Dr. Karol Mitkiewicz

MICHAIL KAPPAS
Odontiatros.

Janina
Epir. Grecja.

Główne przyczyny próchnicy zębów

Od najdawniejszych czasów aż do początku XVII w. uważano zęby za kości o specyficznej budowie, a próchnicę ich przypisywano wyłącznie działaniu czynników zewnętrznych. Anatom Thomas Bartholini wspomina o psuciu się, rozkładzie i próchnicy zębów, przypisując ją działaniu małych robaczków i pisze o niej w r. 1677, co następuje: „Aliquando in hac (t. zn. w próchnicy) vermiculi minimi generantur, admodum hominem exeruciantes". Taka interpretacja próchnicy odpowiadała ówczesnym wiadomościom anatomicznym, lekarze, bowiem zajmujący się specjalnie zębami, nie doszli jeszcze do rozróżniania szkliwa i zębiny (odontine), ani też nie mieli żadnego pojęcia o komórkach zębinotwórczych i o ich funkcji. Pierwszy Peladare w r. 1815, a następnie Cuvier w r. 1825, wspominają o miazdze zębowej, jako o organie, wytwarzającym zębinę i szkliwo. Cuvier, idąc jeszcze dalej, przyjmował jako przyczynę próchnicy wadliwe funkcjonowanie miazgi „centralnego organu zęba", na skutek czego wytwarzana przez niego zębina i szkliwo nie mogą posiadać fizjologicznej odporności.

Dawna teorja oddziaływania czynników zewnętrznych na powstanie próchnicy, nawet zmodernizowana dzisiaj w formie oddziaływania czynników mikrobiologicznych i chemicznych, nie może ostać się wobec bezspornych wyników najnowszych badań. Wpływ mikrobów i różnych kwasów jamy ustnej, również na skutek niedostatecznej czystości, przyczynia się oczywiście do rozkładu zębów przez próchnicę, nie stanowi jednak właściwej przyczyny, która jest natury bardziej wewnętrznej. Rozwojowi i szkodliwemu działaniu mikrobów sprzyja organiczne schorzenie i osłabienie organu, stanowiącego jednostkę anatomiczną. Wobec tego zwykła styczność, nawet i dłużej trwająca, znajdujących się w jamie ustnej drobnoustrojów i substancyj chemicznych ze szkliwem, które nie stanowi jednostki anatomicznej, czyli samoistnego organu, lecz jest wytworem organu innego, a mianowicie miazgi, nie może wywrzeć wpływu destrukcyjnego na kryształki szkliwa, jak długo miazga funkcjonuje normalnie.

Obserwacje histologiczne i badania mikroskopowe popierają powyższy pogląd, wykazując wewnętrzną naturę przyczyny próchnicy, która na ich podstawie okazuje się następstwem rozwoju i zmian w składzie zęba pod wpływem ogólnego stanu organizmu i mechanicznego czynnika żucia. Jeśli zbadamy pod miskroskopem przekrój pionowy zdrowego zęba oraz zęba, wykazującego choćby najdrobniejsze objawy próchnicy, zobaczymy, że w zębie zdrowym odontoblasty kilku warstwami komórek otaczają miazgę na wzór wałów ochronnych, podczas gdy w zębie chorym odontoblasty są o wiele mniej liczne i gorzej rozwinięte. Również fakt, że pewne ogólne stany chorobowe, jak cukrzyca, rachityzm, okres dojrzewania oraz okres ciąży, sprzyjają rozwojowi próchnicy, popiera bardzo silnie powyższą teorję.

Powiedzieliśmy wyżej, że ważnym czynnikiem rozwoju próchnicy jest również mechaniczny czynnik ścierania się zębów przez żucie. Należy więc teraz zbadać, jaką rolę odgrywa ten czynnik. Każdy organ jest z natury przeznaczony do spełniania jakiejś określonej funkcji, która przyczynia się wraz z innemi czynnikami do rozwoju tego organu. Gdy ta naturalna funkcja jakiegoś organu ulegnie z jakiegokolwiek powodu choćby chwilowej przerwie, organ ten wykazuje skłonność do zamierania i do wadliwej czynności. To, co stanowi uznaną zasadę dla każdego organu, musi się odnosić i do zębów, przeznaczonych do żucia, która to czynność oddziaływa na miazgę, powodując prawidłowy rozwój odontoblastów, zasilających zębinę i szkliwo składnikami po-

trzebnemi dla ich rozwoju. Tem tłumaczy się fakt, że są zaopatrzone w grubszą warstwę szkliwa te części zęba, które ulegają większemu zużyciu na skutek żucia, podczas gdy inne powierzchnie zęba posiadają powłokę cieńszą. Najwyraźniej występuje to u zwierząt: te, które pochłaniają pokarm bez dłuższego żucia, posiadają zęby bez szkliwa, podczas gdy te, które poddają pokarm żuciu (roślinno-żerne) posiadają na zębach grubą warstwę szkliwa. Również ludzie ze wsi, którzy jedzą suchy chleb i twarde owoce, mają zęby bogato zaopatrzone w szkliwo podczas gdy ludzie z miasta, zmierzający do zredukowania żucia dzięki sztuce kucharskiej, mają zęby bardzo mało zasobne w szkliwo.

Reasumując to, co powiedzieliśmy wyżej, dochodzimy do następujących wniosków: czynniki zewnętrzne, t. zn. drobnoustroje i kwasy jamy ustnej, odgrywają rolę drugorzędną w rozwoju próchnicy, dopełniając jedynie zniszczenia, wychodzącego z wewnątrz. Właściwej przyczyny chorób zębów, zgodnie z danemi naukowemi biologji, embrjologji i anatomji, należy szukać w wadliwem z jakichkolwiek powodów funkcjonowaniu miazgi zębowej i w oddziaływaniu mechanicznego czynnika żucia, innemi słowy przyczyna próchnicy jest natury raczej wewnętrznej, niż zewnętrznej.

Dział streszczeń

I. ROBINSON. Jakie są pomoce najważniejsze do zajmowania się rentgenologją? (Welche sind die wichtigsten Behelfe zur Ausübung der Röntgenologie?). Zt. f. Stamat. 1932 Nr. 1.

Chodzi oczywiście o rentgenologję dentystyczną.

Najpoważniejszą pomocą jest przedewszystkiem dobry podręcznik anatomji zębów normalnej i patalogicznej. Do zajmowania się diagnostyką zębo-rentgenologiczną potrzebne są te wiadomości, które zwykle ulegają zapomnieniu, gdyż w praktyce codziennej możemy sobie niejednokrotnie radzić bez rengenogramu. Rentgenologja posiada tę własność, że czyni nas nietylko widzącymi, lecz i przedsiębiorczymi. Możnaby to wykazać nawet statystycznie. Niejeden młody lekarz-dentysta przeprowadził więcej operacji torbieli, niż niejeden z wielkich jego poprzedników w ciągu całego życia. Przy rezekcjach szczytów korzeni przykład ten jest jeszcze jaskrawszy. Rentgenelogja zmusza nas, byśmy wiadomości nasze wykorzystali

i przyswoili sobie dotychczas nieznane. Musimy stale rozszerzać zakres naszych wiadomości, gdyż wiele rzeczy się zmieniło od czasu, gdyśmy o tem słyszeli w uczelni. Wiele spraw początkowo omawianych petitem posiada obecnie znaczenie wagi pierwszorzędnej. Wystarczy zwrócić uwagę na kwestje następujące: rozwój uzębienia do chwili jego zakończenia, nauka o normalnem i patalogicznem ustawieniu zębów, stosunek zębów do narządów sąsiednich (stosunek do jam nosa i szczęk, do kanału żuchwowego), anomalje zębów mądrości wszelkie objawy parodontalne, delikatna technika wypełnień korzeni, — wszystko to są sprawy, poznane głównie przecież dzięki rentgenologji.

Wszystkie te kwestje winny być odnowione w pamięci poczem przystąpić można do przyswojenia sobie następnej pomocy, — podręcznika rentgenologji specjalnej. Zadaniem takiego podręcznika jest nietylko podawanie wiadomości ogólnych, lecz także wprowadzenie w labirynt diagnostyczny przypadków poszczególnych. Książka jednak nie jest wszystkiem i nie może być mowy o poznaniu metodyki diagnostycznej drogą li tylko studjum książkowego.

Obraz rentgenowski pokazuje wiele, ale wówczas tylko, gdy nauczymy się „patrzeć" i co najważniejsza, rozpoznać wskazówki mylne. Obraz rentgenowski widzimy w formie przedstawionej podług praw rentgenoptyki; różni się on od zwykłego obrazu danego przedmiotu dokładnie tak, jak promienie x od zwykłego światła. Zbliżamy się więc do pomocy trzeciej przy zajmowaniu się rentgendiagnostyką, — musimy nauczyć cię tych rzeczy u dobrego specjalisty. Nie do pomyślenia bowiem jest przyswojenie sobie tych wiadomości drogą samouctwa, drogą „ćwiczeń" i doświadczeń własnych. Niema bowiem tak wybitnego człowieka, któryby z siebie mógł stworzyć to, nad czem pracuje cała prawie generacja ludzi najzdolniejszych wszystkich narodów. Nauka na kursie uzupełniającym nie daje kandydatom całokształtu wiedzy rentgenowskiej. Na to potrzebne byłyby lata całe. Chodzi tylko o udzielenie wyczerpujących wiadomości w tym zakresie tak, by można było później skutecznie przeprowadzić samokształcenie.

Wówczas tylko, gdy się zdobyło „narzędzie duchowe" przystąpić można do przyswojenia sobie „narzędzi mechanicznych", — aparatu.

Większość lekarzy postępuje odwrotnie. W przeświadczeniu, że najtrudniejszą rzeczą jest wykonanie techniczne, nabywają apa-

rat sądząc, że z resztą „jakoś" dadzą sobie radę. Technika rentgenowska jest najłatwiejszym działem rentgenologji. Trudności oraz czas potrzebny do jej zdobycia zachowuje się w stosunku do diagnostyki rentgenowskiej, jak 1 : 10, albo nawet, jek 1 : 100. Jednak i techniki rentgenowskiej należy uczyć się u specjalisty. Niejeden lekarz jest zrozpaczony po przejrzeniu wielkiej ilości formuł matematycznych i skomplikowanych opisów technicznych w podręcznikach rentgenologji. Przecenianie techniki jest bezpodstawne, tak samo jak i niedocenianie diagnostyki. Na kursie uzupełniającym otrzymamy też najlepsze wskazówki przy zorjentowaniu się w powodzi istniejących aparatów.

Streszczając: 1) dobry podręcznik normalnej i patalogicznej anatomji zębów i szczęk, 2) dobry podręcznik rentgenologji dentystycznej, 3) żywa szkoła oraz aparat, — to są pomoce **w odpowiedniej** kolejności przy racjonalnem uprawianiu rentgenologji dentystycznej.

Niejeden przy czytaniu tej pracy pomyśli o **kolejności** wspomnianej, a najlepiej zrozumieją to ci, którzy kroczyli już drogą fałszywą.

Str. Dr. M. Brzeziński.

G. SCHWEITZER. Krytyczny pogląd na istotę i stosowanie terapji krótkofalowej. „Kurzwellentherapie". (Grundzüge ihres Wesens und ihres Verwendung in kritischer Betrachtung). Zahnärztliche Rundschau 1933 r. Nr. 20 — 21.

Autor podaje uzasadnienie fizykalne k.-f., wartość których pierwszy ocenił Essau, a internista Schliephake ujął je obszernie i naukowo. Podstawa fizykalnej techniki, znaczenie energji elektrycznej, prądu stałego i zmiennego, wysokiej częstotliwości drgań, płyt kondensatorowych i przesuwalności prądu jest szczegółowo opisana. Również podana jest budowa aparatu do wysyłania fal krótkich i jego lecznicza wartość; ostatnią autor streszcza następująco:

1. W stosowaniu fal krótkich posiadamy środek zapomocą którego mogą w głębi ciała powstać znaczne ilości energji cieplnej, ustalone i kierowane ręką lekarza.

2. Leczenie falami krótkiemi obejmuje odrębny zakres właściwego działania na komórki, cechą którego jest wpływ na fizjologiczne i patologiczne przejawy życia komórki i jej substancji.

3. Charakter promieni i ciepła, powstałego w głębi, możliwość przenikania wszystkich tkanek, również kości, zdają się być istotnemi czynnikami często stwierdzonych dodatnich wyników leczenia.

4. Docieczenie, jakie czynniki fizykalne i biochemiczne, powstające w tkankch, prowadzą do leczniczego wyniku jest rzeczą przyszłości.

5. Przeto nie można jeszcze dziś dokładnie i ostatecznie orzec o wartości, wskazaniu i celowości stosowania tego środka.

Str. Jan Gombiński.

J. WEINMANN i E. WEISSENBERG. „Leczenie krótkiemi falami w zębolecznictwie". (Kurzwellentherapie in der Zahnheilkunde). Zahnärztliche Rundschau r. 1933 Nr. 45.

Autorzy przed podaniem wyniku stosowania krótkich fal u 15 pacjentów, wyjaśniają treściwie istotę terapji krótkofalowej (k.-f.) nie wchodząc w szczegóły, należące do radjotechniki. Podstawą naukową dla autorów był podręcznik Schliephake'go.

Nazwa „k.-f. terapja" pochodzi od zastosowania krótkich fal — krótszych od stosowanych w elektroterapji. Fale cieplne (djatermja) mają 300 do 500 metrów długości. Krótkiemi nazywają się fale poniżej 100 m. długości, ultra krótkiemi falami — krańcowo krótkie — poniżej 10 m. długości. W k.-f. terapji stosowane są fale długości od 3 do 30 m. Radjonadawanie odbywało się dotąd na falach od 300 do 2000 r., ostatnio posługują się również krótkiemi falami. K.-f. dla celów leczniczych, jak i nadawane przez radjostacje, otrzymuje się przez nadawacze rurowe. Działanie k.-f.-terapji polega na stosowaniu prądów zmiennych wysokoczęstotliwych, jak w djatermji, istotnie różniących się od ostatnich. Przy djatermji, ciało pacjenta znajduje się w zamkniętym obwodzie działania prądu i działa niemal jak opornik; powstaje tą drogą ciepło z powodu tarcia t. j. oporu tkanek. Ponieważ prąd przechodzi przez ciało drogą najmniejszego oporu, najbardziej nagrzewają się miejsca przenikania prądu t. j. wnijścia i wyjścia jako stawiające większy opór (tłuszcz podskórny). Miejsca te, nagrzewając się bardziej, ograniczają przedwczesne wzmożenie działania energji w głąb.

Wysokoczęstotliwe prądy w k.-f.-terapji posiadają od 20 do 100-krotnie wyższą częstotliwość od prądów djatermicznych. Prądy djatermiczne wymagają bezpośredniego dotyku elektrod do ciała. Prądy k.-f. wysokoczęstotliwe tworzą między dwoma elektrodami

t. z. pole kondensatorowe (elektryczne). Przez ciało wstawione w pole kondensatorowe, przenikają prądy wysokoczęstotliwe, **mimo, że elektrody się z ciałem nie stykają.** Pacjent podczas działania prądów k.-f. nie styka się ani z elektrodami, ani z żadną częścią aparatu. Chociaż powłoki szklane izolują elektrody od pacjenta, między niemi t. j. w polu kondensatorowem przesuwają się prądy, wystarczające dla rozwoju pożądanego ciepła w zależności od kształtu i rozmiaru płyt kondensatorowych.

K.-f. mają następujące cechy:

1) Prądy powstają bezpośrednio w ciele bez kontaktu z przewodem.

2) Najwyższe nacieplanie tkanki, niezależnie od umiejscowienia jej w ciele, przy równomiernem doprowadzeniu energji, zależne jest od długości fal, własności kondensacyjnych ciała i jego przewodnictwa; również mogą być nacieplane tkanki izolowane, zakryte.

3) Tkanka podskórna nie przeszkadza doprowadzeniu większego zasobu energji do wnętrza; niema, bowiem znaczenia jej odporność, uzależniona od wpływu powietrza, znajdującego się między kondensatorem a ciałem. Biologiczne działanie k.-f. stwierdzone zostało doświadczalnie na roślinach, zwierzętach i ludziach.

Dopięcie leczniczego skutku falami krótkiemi zależne jest od wielu czynników: siły przesuwalnej prądu, długości fal i trwania działania. Prace doświadczalne wykazały dodatni wpływ k. f. na zapalną tkankę; wyraża się on wystąpieniem zmian w stanie dissocjacji, osmatycznego ciśnienia i koloidalności substancyj białkowych, bez wywołania elektrolizy. Przekrwienie, spowodowane wpływem k.-f. jest długotrwałe, ponieważ rozszerzenie naczyń włosowatych i małych żylnych trwa przez czas dłuższy i po przerwaniu działania prądu. Odnośnie działania k.-f. na ścinanie krwi, można stwierdzić powiększenie ilości trombocytów w ciągu 3 godzin po przerwaniu działania prądu. Czas krzepliwości podczas działania k.-f. zostaje skrócony, z tego powodu, wobec możliwości przeciwdziałania i ewentualności groźnego, trudnego do zatrzymania krwawienia, stosowanie k.-f. jest przeciwskazane przy świeżych ranach.

Chemiczna własność tkanki wpływa na jej nacieplanie krótkiemi falami. W polu k.-f. bardziej się nagrzewają kwasy, niż zasady, to też zapalne tkanki bardziej się nacieplają od sąsiadujących z niemi zdrowych, chemicznie alkalicznych. Pod wpływem działania k.-f. przenikają ze krwi do zapalnej tkanki sole wapnia, co przyśpiesza

uzdrowienie. Jako środek kojący ból, k.-f. stosowane są o bardzo słabem zasobie energji. W pewnych razach korzystniejsze jest unipolarne stosowanie k.-f., przyczym, w miejsce pola kondensatorowego, stosuje się jedną elektrodę zbliżoną do ciała. Energja przechodzi przez ciało pacjenta i zgodnie z właściwem dążeniem, się uziemia.

K.-f. mogą się stać szkodliwemi, o ile przekroczone zostało dawkowanie energji, co nie powinno mieć miejsca, bowiem najlepszy skutek leczniczy promieni bywa daleko przed dojściem do wysokich dawek. Uszkodzenia w następstwie stosowania k.-f., jak to ma miejsce przy stosowaniu promieni radowych lub Röntgena, w ciągu 8 letnich doświadczeń k.-f. nie spostrzeżono. Z obserwowanych 15 przypadków własnych autor wnosi, iż przy paradontosis na tle konstytucji, k.-f., przez działanie ogólne, wpływając dodatnio na wegetatywny układ nerwowy i gruczołów dokrewnych, przyczyniają się do poprawy stanu przyzębia. Stosowanie promieni przez czas dłuższy przy konstytucji nie jest pożądane. Przy zapaleniach ozębnej, powikłanych leczeniach kanałów zębowych i jako środek zapobiegawczy i kojący bóle po ekstrakcjach, zasługuje na zalecanie.

Str. Jan Gombiński.

Ocena

D-rs ROUSSEAU-DECELLE ET RAISON. Pathologie buccale, péri-buccale et d'origine buccale. Tom I wydawnictwa „La Pratique Stomatologique", Masson & Cie. Paris. 1933.

Zaprojektowane na szeroką skalę wydawnictwo „La Pratique Stomatologique", zostające pod doświadczonem kierownictwem D-ra Chompret, wypuściło w roku bieżącym tom I, poświęcony przeglądowi chorób swoistych jamy ustnej oraz ich wpływu na cały ustrój człowieka. Na łamach Przeglądu Dentystycznego już omawialiśmy tom IV *) i VII **) tego wydawnictwa. Tom I jest czemś w rodzaju wstępu, ale wstępu szerokiego, o bardzo rozległym widnokręgu. Autorom zależało na tem, by wskazać, że patologja jamy ustnej ma ścisły związek z całokształtem organizmu ludzkiego, że

---

*) Dentisterie opératoire par M. Nespoulous. Ocena Przegl. Dent. 1930—5.

**) Orthodontie par G. Izard. Ocena Przegl. Dent. 1931—3.

wszystkie prawie zaburzenia miejscowe mają ciąg dalszy często w odległych i pozornie nie mających żadnego z jamą ustną związku okolicach. Pracę swą Rousseau-Decelle i Raison potraktowali z niezwykłą starannością, dając na 576 stronach taką masę materjału, jakiej nie znajdujemy w podręcznikach powielekroć obszerniejszych. Sam Index materjału zawiera bez mała tysiąc pozycyj. Jedynie jasny i przejrzysty układ dzieła pozwala czytelnikowi bez wysiłku dokładnie orjentować się w tym nieprzebranym bogactwie szczegółów, z najrozmaitszych dziedzin zaczerpniętych.

Podręcznik dzieli się na dwie zasadnicze części. W pierwszej autorzy rozpatrują patologję jamy ustnej i okolic przyległych, drugą zaś poświęcili na zobrazowanle stosunków pomiędzy schorzeniami całego organizmu (choroby zakaźne, zatrucia, zaburzenia wewnętrznego wydzielania i t. p.) lub poszczególnych systemów (krążenia, przyswajania pokarmów, oddechowego i t. p.), a zaburzeniami w jamie ustnej. Oczywiście zaburzenia w jamie ustnej mogą występować zarówno pierwotnie, jak i wtórnie. Otóż właśnie za wielką zasługę należy poczytywać autorom to, że niezwykle starannie opracowali dział tych zaburzeń wtórnych, występujących pobocznie w przebiegu różnych chorób ogólnych, oraz przewlekłych stanów patologicznych. Niektóre objawy ze strony jamy ustnej są tak charakterystyczne, że mogą niekiedy nawet mieć wartość decydującą przy stawianiu trudniejszych rozpoznań.

Na wstępie autorzy omawiają szczegółowo rozwój i budowę jamy ustnej i okolic przyległych w warunkach normalnych i chorobowych, szeroko uwzględniając wszędzie momenty etjologiczne.

Schorzenia śluzówki jamy ustnej opisane są krótko, ale bardzo treściwie. Co do przyjętej klasyfikacji to przedstawia się ona dość prymitywnie, autorzy rozróżniają :

1. Zapalenia śluzówki jamy ustnej z w y k ł e, wywołane przez różne drobnoustroje niespecyficzne (kataralne, wrzodziejące, zgorzelinowe i t. p.).

2. Zapalenia śluzówki jamy ustnej s p e c y f i c z n e (dyfterytyczne, gruźlicze, luetyczne i t. p.). Do tej grupy zaliczone są wszelkiego rodzaju grzybice, jak promienica.

3. Zapalenia śluzówki jamy ustnej t o k s y c z n o - s e p t y c z n e, wywołane zatruciem zarówno pochodzącem zzewnątrz, jak i zewnątrz organizmu (ciąża, różne choroby ogólne).

Więcej nieco miejsca poświęcono *syfilisowi i gruźlicy* ze szczególniejszem uwzględnieniem metod i sposobów rozpoznania różniczkowego.

W patologji *języka* autorzy rozróżniają uszkodzenia wrodzone, uszkodzenia urazowe, stany zapalne ostre i przewlekłe i nowotwory.

Przy rozpatrywaniu schorzeń *dna jamy ustnej* sporo uwagi zwrócono na choroby wrodzone. Również starannie opracowano flegmony tej okolicy. Dalej choroby *warg* wrodzone, urazowe, zapalne i nowotwory; choroby *policzków, szczęk, stawu żuchowego, ślinianek i gruczołów chłonnych.*

W części drugiej na wstępie rozpatrywane są zakażenia ogólne, powstałe na tle pierwotnych chorób jamy ustnej, dalej zmiany chorobowe jamy ustnej, uzależnione od chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych. Sporo miejsca poświęcono zmianom w jamie ustnej, powstałym z powodu *zatrucia* organizmu sołami metali ciężkich, jakoteż samozatrucia w przebiegu cukrzycy, uremji, schorzeń wątroby itp. Chorobom *przemiany materji i zaburzeniom wewnętrznego wydzielania* poświęcono specjalne rozdziały. Bardzo starannie opracowano *choroby krwi i serca.* Nieco pobieżniej *choroby organów oddechowych i wydzielniczych.* O związku *chorób przewodu pokarmowego* z chorobami jamy ustnej dałoby się może i trochę więcej powiedzieć. Zato zestawienie z *chorobami skórnemi* przeprowadzono bardzo starannie i szczegółowo, gromadząc zdaje się wszystko, co w tej sprawie obecnie wiadomo. Choroby *nerwowe, oczne i mięśniowo-stawowe* uzupełniają całość.

W tak krótkim szkicu niepodobna omówić wszystkiego: tę książkę trzeba przeczytać. Przeznaczona jest ona zarówno dla *dentystów,* jak i *lekarzy:* każdy z czytelników znajdzie w niej dużo rzeczy nieznanych i ważnych dla swego zawodu. 196 rysunków zdobi to dzieło.

Gdy się takie wydawnictwa bierze do ręki, narzuca się zawsze natrętne pytanie, kiedyż u nas coś podobnego się zjawi; i gdybym umiał zazdrościć, zazdrościłbym Francuzom, że oni pomimo, że uczą się stomatologji tylko w „szkołach dentystycznych", na takie wydawnictwa zdobyć się jednak potrafią.

L. Brennejsen.

O czem piszą?

L'Odontologie. 1933-10. G. Maurel. Flegmony pochodzenia zębowego. P. Rolland. Zmiany w miazdze zębowej pod cementami krzemowemi i sposoby izolowania miazgi. M. Gentilhomme. Sposoby mechaniczne unieruchamiania dostawek kompletnych.

Dental- Journal. 1933-1 G. Fischer. Znieczulenie w terapji zapaleń. H. Chenet. Protezy pneumatyczne. H. Thomas. Usuwanie złamanych igieł injekcyjnych.

Dental-Journal. 1933-2. G. Fischer. Przemiana materji w zębie. Gerlach. Reimplantacja, jako środek leczniczy ropotoku zębodołowego. H. Thomas. Usuwanie złamanych igieł injekcyjnych. P. Feles. Tymczasowy środek uszczelniający „Dentamo", jako sposób na znieczulenie zębiny.

Dental-Journal. 1933-3. P. Rolland. Uśmierzanie bólów. P. Feles. Leczenie i zapobieganie w paradontozach. B. Lutsch. „Pulpatoxin". P. Feles. Dewitalizacja miazgi za pomocą pasty bezarszenikowej.

Dental-Journal. 1933-4. P. Rolland. Uśmierzanie bólów. A. Salmony. Leczenia promieniami ultrafiołkowemi w zębolecznictwie. Dietrich. „Pulpatoxin II" przy leczeniu miazgi. P. Feles. Uśmiercanie miazgi pastami bez arsenu.

Dental-Journal. 1933-5. G. Fischer. O nowych badaniach biologicznych uzębienia ludzkiego. P. Rolland. Uśmierzanie bólów.

Dental-Journal. 1933-6. G. Fischer. O nowych badaniach biologicznych uzębienia ludzkiego. P. Rolland. Uśmierzania bólów. B. Nalbach. Doświadczenia z „Pulpatixinem". J. Currence. Rola zakażenia ogniskowego w atretyźmie i reumatyźmie. B. Lutsch. Dostawka nowoczesna pod względem czynności i estetyki.

Dental-Journal. 1933-7. G. Fischer. O nowych badaniach biologicznych uzębienia ludzkiego. F. Havens. Promienica. P. Feles. Oziębianie w zębolecznictwie. B. Lutsch. Przyczynek do studjów nad odlewami w technice dentystycznej. P. Feles. Lupa binokularna w praktyce dentystycznej.

Die Fortschitte der Zahnheilkunde. 1933 r. **Zeszyt 8.** H. Turkheim i R. Hanssen. Chemja fizjologiczna. A. Hentze. Zapalenia śluzówki jamy ustnej. J. Misch. Uszkodzenia zawodowe jamy ustnej. W. E. Hilgers. Hygjena ogólna. C. Scheidt. Hygjena jamy ustnej. W. Balters. Psychotechnika. J. Schultz. Psychoterapja.

Zeszyt 8. H. Türkheim i R. Hanssen. Chemja fizjologiczna. A. Hentze. Zapalenia śluzówki jamy ustnej. J. Misch. Uszkodzenia zawodowe jamy ustnej. W. E. Hilgers. Hygjena ogólna. C. Scheidt. Hygjena jamy ustnej. W. Balters. Psychotechnika. J. Schultz. Psychoterapja.

KSIĄŻKI NADESŁANE

Dr. M. Kalisz. Wielka torbiel zawiązkowa, pochodząca od zębów 2 i 3, przemieszczonych ku okolicy podoczodołowej i nosowej u 10-letniego chłopca.

Dr. E. Flaumenhaft. Een Klemschrijver. Utrecht 1933.

II Zjazd Absolwentów Państw. Inst. Dent.

W dniu 23 kwietnia r. b. odbył się II Zjazd Absolwentów Państw. Inst. Dent. w Warszawie w sali Anatomicum Uniwersytetu Warszawskiego.

Zjazd otworzył kol. Kopczyński, witając Dyrektora Instytutu, profesorów oraz koleżanki i kolegów.

W skład Prezydjum Zjazdu weszli kol. kol.: Borusiewicz — przewodniczący, dr. Szepelski, Nehrebecki, Danek, Zaczyńska, Konstantin — jako członkowie, Charubianka i Rutkowski — sekretarz.e

Zjazd powitał w imieniu Kliniki Stomatologicznej w Poznaniu kol. Rutkowski, zaś kol. Neyman imieniem Związku lek. dent. i stomatologów Ziem zachodnich.

Na zjeździe było wraz z gośćmi 350 osób. Referaty wygłosili: kol. Konstantin na temat: „Działalność Zrzeszenia Absolwentów Państw. Inst Dent. w związku z uzyskaniem akademizacji P. I. D.", Kol. Kopczyński na temat: „Co nam daje Akademja Stomatologiczna",

Kol. Szajewski na temat: „Reforma studjów dentystycznych, a Akademja Stomatologiczna". Po referatach wywiązała się dyskusja.

Po przerwie wygłosiła referat pod tytułem: Umocowanie protez częściowych według wskazań fizjologicznych" kol. Galasińska. Po tym referacie nastąpiła dyskusja.

Zjazd uchwalił wysłać depesze do Pana Prezydenta Rzplitej i do Pana Marszałka Piłsudskiego, oraz depeszę z podziękowaniem do Pana Ministra Jędrzejewicza, ks. ministra Żongołowicza, oraz do klubu B. B. W. R. na ręce prezesa Sławka.

Na zjeździe uchwalono następujące rezolucje:

1. Lekarze dentyści zebrani na II zjeździe absolwentów P. I. D. wyrażają gorące podziękowanie panu ministrowi Jędrzejewiczowi i ks. Żongołowiczowi za przeprowadzenie akademizacji naszej uczelni.

2. Zebrani stwierdzają iż Akademja Stomatol., jako samodzielna uczelnia, jest najlepszą formą studjów dentystycznych, rokującą dźwignięcie polskiej stomatologji do wysokiego poziomu naukowego.

3. Lekarze dent. zebrani na II Zjeździe absolw. P. I. D. zwracają się do Rady Profesorów z apelem, aby pracownie doświadczalne zostały rozszerzone i uruchomione w celu umożliwienia pracy naukowej swoim wychowankom, dokumentując, że Akademja Stomatologiczna stoi na wysokości zadania.

4. Lekarze dentyści, zebrani na II Zjeździe absolwentów P. I. D. zwracają się z apelem do koleżanek i kolegów, ażeby pracami naukowemi zasilali polską wiedzę stomatologiczną.

5. Lek. dent. zebrani na II Zjeździe absolw. P. I. D. zwracają się do pana Ministra Opieki Społecznej z prośbą o jaknajszybsze utworzenie Izby Lekarsko Dentystycznej, oraz unormowania lekospisu dla lekarzy dentystów.

6. Lek. dent. zebr. na II Zjeździe absolw. P. I. D. uchwalają prosić pana ministra W. R. i O. P. o jaknajrychlejsze wydanie przepisów wykonawczych dotyczących Akademji Stomatologicznej.

7. Lek. dent., zebr. na II Zjeździe absolw. P. I. D. uchwalają bojkot tych lekarzy dentystów, którzy firmują, zawierają spółki i pracują u techników.

Po uchwaleniu rezolucji, odbyła się krótka dyskusja na tematy związane ze sprawą doktoryzacji.

Zjazd zamknął kolega Borusiewicz o godz. 15 apelem do koleżanek i kolegów, którzy nie są członkami Zrzeszenia, aby zapisywali

się do Zrzeszenia, oraz podziękowaniem profesorom, gościom, koleżankom i kolegom za przybycie na Zjazd.

O godz. 17 odbyło się zwiedzanie nowych klinik P. I. D. Po zwiedzeniu klinik zwiedzono polskie laboratorjum Wipla.

Na zakończenie Zjazdu odbył się bankiet w górnych salonach hotelu Polonja.

Niżej podajemy przemówienie A. Kopczyńskiego i J. Szajewskiego wygłoszone na tym Zjeździe.

ANDRZEJ KOPCZYŃSKI — Lek. dent. Warszawa.

CO DAJE NAM AKADEMJA STOMATOLOGICZNA?

Referat, wygłoszony na II zjeździe Lekarzy Dentystów Absolw. Państw. Inst. Dentystycznego w sali Anatomicum U. W. w d. 23 kwietnia 1933 r.

Trzy lata temu, przemawiając na pierwszym zjeździe lekarzy dentystów absolwentów Państw. Inst. Dentystycznego, dałem wyraz głębokiej wierze nas wychowanków, że przeszło dziesięcioletnie wysiłki będą zrozumiane przez czynniki miarodajne, jak tego chcą wymogi życia.

I oto w czternastym roku istnienia naszej uczelni najwyższy zwierzchnik władz oświatowych minister Jędrzejewicz, oraz najmożniejszy protektor naszej *Almae Matris* ks. prof. wiceminister Żongołłowicz, wprowadzają, poparci mocodawczą opinją sejmu i senatu, Państwowy Instytut Dentystyczny jako Akademję Stomatologiczną do grona wyższych uczelni.

W Ustawie o Szkołach Akademickich, która została przyjęta przez sejm i senat wiosną b. roku, wymieniono w art. 55 w pozycji 13 Akademję Stomatologiczną w Warszawie, jako szkołę akademicką. Dodano przytem art. 57, w którym przez nowelizację ustępu II specjalnie w odniesieniu do naszej uczelni wykluczono ingerencję innych ministerstw (np. skarbu) przy organizacji wewnętrznej ustalanej przez Ministerjum W. R. i O. P.

Polska, tym faktem doniosłym, znalazła się w gronie większości państw całego świata, rzecz można, w których ustalono odrębne studja stomatologiczne. Szwecja, St. Zj. A. P., Francja, Anglja, Holandja, Belgja, a więc narody o starej kulturze posiadają uczelnie samodzielne dla kształcenia w stomatologji o czterech względnie pięcioletnich studjach *).

*) patrz prof. H. Wilga „Przegląd Dentystyczny" grudzień 1932

Co więc daje nam za prawa Akademja Stomatologiczna?

Otóż Ustawa o Szkołach Akademickich, po podpisaniu jej przez Pana Prezydenta, wejdzie w życie z d. 1 września r. b. Ustawa, mocą której P. I. D. przeistoczył się w Akademję Stomatologiczną, daje nietylko nazwę uczelni wyższej, ale przedewszystkiem umożliwia uzyskanie wszystkich praw szkoły akademickiej już tylko drogą rozporządzenia wykonawczego M. W. R. i O. P. bez zasięgania opinji rady ministrów, bądź czynników ustawodawczych.

Skądinąd znana nam jest wyprobowana przychylność dla spraw nauczania stomatologji pana ministra W. R. i O. P. Jędrzejewicza, który jeszcze, jako poseł na sejm, nie wahał się podpis swój położyć pod wnioskiem w sprawie akademizacji Państw. Inst. Dent. Podobnie wytrwałym szermierzem naszej sprawy na terenie sejmu i senatu zawsze był czcigodny ks. prof. minister Żongołłowicz. — Oto nazwiska ludzi europejskiej umysłowości, którym światły obskurantyzm senatów akademickich nie zdołał zaciemnić poglądu na sprawę nadania właściwej formy nauczania stomatologji w Polsce.

Co niesie nam Akademja Stomatologiczna?

Głębokie przeświadczenie, że władze naszej uczelni wystąpią z szeregiem projektów, dotyczących organizacji wewnętrznej, reorganizacji studjów. Dziś przy świetnych perspektywach rozwoju Akademja Stomatologiczna musi podjąć na nowo sprawę uzyskania prawa udzielania doktoratu nauk dentystycznych oraz praw habilitacji.

Ministerstwo Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. przychylnie rozpatrzy projekty powyższe naszej uczelni, biorąc analogję z położenia nowo kreowanej Akademji do podobnego w jakiem znalazły się nasze Uniwersytety i Politechniki w momencie ustąpienia zaborcy.

Jeden ze zmarłych świeżo profesorów Uniwersytetu Warszawskiego działalnością całego życia stwierdził, że praca naukowa to był najmilszy i najszczytniejszy obowiązek wykładającego. Stał się symbolem i naszych profesorów. Ale ciężkie są wymogi życia. Jak pogodzić trudną choć wdzięczną pracę pedagogiczną z działalnością naukową. My wychowankowie ślubujemy pośpieszyć naszym profesorom z pomocą.

Co daje nam Akademja Stomatologiczna?

Może dać gwarancję, że skoro staniemy do pracy znajdziemy warsztat (pracownie naukowe: anatomo-patologiczną, metalurgiczną i t. p.) oraz bodziec w postaci zdrowej podniety: osiągnięcia tytułu naukowego.

Na luksus obrania drogi ściśle naukowej pozwolić sobie mogą nieliczni. — Zarozumiałością byłoby sądzić, że każdemu z nas pisane jest pracować naukowo. — Trudne dzisiejsze warunki ekonomiczne sprawiły tak znaczne zubożenie stanu lekarskiego, że praca zawodowa lekarza dentysty nie jest jak ongiś mniemał ogół lukratywną specjalnością, ale prawie samarytańskiem zajęciem, absorbującem bezmała wszystkie siły i czas. — To też niezamożnym a chcącym pracować naukowo, staną ku pomocy stypendja znajdujące się w ręku najsprawiedliwszego szafarza Ministerstwa Wyzn. Rel. i Ośw. Publicznego. „Kołaczcie, a będzie wam otworzono" — wołamy pod adresem władz naszej Almae Matris.

Szerszy ogół koleżanek i kolegów oczekuje od Akademji Stomatologicznej zainicjowania letnich kursów naukowych przy każdej z katedr naszej uczelni. Literatura naukowa stanowi dopiero uzupełnienie żywego słowa wykładu.

Ci z kolegów, którzy brali udział w podobnych kursach dokształcających zagranicę, widzą, iż cieszą się one przy sprężystej organizacji uzasadnionem powodzeniem z widomym zyskiem dla obu stron. U nas w kraju świetnym wzorem są urządzane od paru lat kursy dokształcające dla lekarzy praktyków, powstałe z inicjatywy kierowników katedry chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego (zwłaszcza kurs ftizjologiczny).

Ze sprawą dokształcania specjalistów wiąże się ściśle uświadamianie ogółu szerszego o roli i znaczeniu profilaktyki w dziedzinie stomatologji. W pierwszym rzędzie odpowiedzialność cięży na ognisku na Akademji Stomatologicznej. Nie możemy zostać w tyle za prądem, który objął świat pod hasłem: *„medycyna przyszłości — to medycyna zapobiegawcza"*. A oto przykłady: Grecja, mimo świeżych ograniczeń w liczbie katedr wydziału lekarskiego, co podyktowane zostało względami oszczędnościowemi, decyduje się na utworzenie katedry higjeny (patrz: „Presse Medicale" nr. 89 r. 1932). Oporna reformom Anglja pragnie udzielić medycynie zapobiegawczej osobnego miejsca w programie studjów (patrz: „Journal of the Am. Medic. Assoc. 1933 febr. 18). Podobnie postępują St. Zj. A. P. w osobie specjalnego „Komitetu reformy studjów" (patrz obszerną publikację Medical Care for the American People 1932 r. Chicago).

Prekursorem społecznej profilaktyki stomatologicznej jest w Rzplitej Komisja Higjeny Międzynarodowego Związku Dentystycz-

nego. (F. D. I.) w rozbudowanej przez nią Sekcji Propagandy Higjeny Jamy Ustnej. Jej zasługą jest propaganda po przez szkołę (wypożyczalnia pomocy dydaktycznych: przezrocza, tablice propagandowe dla lekarzy dentystów szkolnych); po przez ekran (film o znaczeniu czystości jamy ustnej i zębów na ustrój człowieka), wreszcie propaganda drogą prasy codziennej.

Otwiera się dla Akademji Stomatologicznej pole do współpracy z działalnością Komisji Higejny inicjowanie nowych poczynań i t. d Tego Sekcja Propagandy ma prawo od najwyższej uczelni stomatologicznej oczekiwać.

Co niesie nam Akademja Stomatologiczna?

Daje nadzieje, której nie ziścił Państwowy Instytut Dentystyczny, że budowa własnego gmachu zostanie podjęta i przeprowadzona. Poprawa częściowa dotychczasowych warunków lokalnych jest tylko paljatywem, uwłaczającym nadal godności wyższej uczelni.

Ambicja solidarnego frontu naszego stanu pozwoli na osiągnięcie równie pięknych wyników, jakich dokonali farmaceuci; mianowicie drogą *dobrowolnego* opodatkowania się lekarzy dentystów celem *uzupełnienia* funduszów dysponowanych na budowę gmachu Akademji Stomatologicznej przez państwo. Myśl podobna nie jest mrzonką. Dowodem — wyniki akcji farmaceutów. — Wierzymy, że władze Akademji dopilnują, aby znalazło się miejsce na gmach uczelni narazie przynajmniej na planach nowej dzielnicy naukowej w Warszawie.

Co daje Akademja Stomatologiczna?

Daje nadzieję, że mocna będzie ingerować skuteczniej u czynników miarodajnych o utworzenie izby lekarzy dentystów, gdyż swym autorytetem potrafi zogniskować dotychczasowe wysiłki naszych organizacji zawodowych.

Nakoniec wierzymy, że Akademja Stomatologiczna, mając ustrój najwyższy hierarchją godności wśród uczelni dentystycznych całej Słowiańszczyzny, potrafi wypromieniować tak szeroko kult pracy naukowej, że ściągnie do siebie liczne zastępy młodzieży pobratymców Słowian.

Czynniki miarodajne, ustawodawcze tworząc Akademję Stomatologiczną otworzyły tem samem szeroki kredyt moralny kie-

rowniczym władzom nowej uczelni. Jak z tego źródła korzystać będzie nowo kreowana Akademja oto pytanie, na którego odpowiedź z niecierpliwością czeka nasze społeczeństwo dentystyczne.

Przemówienie lekarza-dentysty Janusza Szajewskiego na temat:

„REFORMA STUDJÓW DENTYSTYCZNYCH, A AKADEMJA STOMATOLOGICZNA

Jak wiemy, istnieją dwa odrębne systemy nauczania dentystyki.

Jeden z nich polega na tem, że dentystyka wchodzi, jako jeden z obowiązkowych przedmiotów, w zakres ogólnego wykształcenia lekarskiego, co ma ten skutek, że każdy lekarz ma prawo uprawiać dentystykę; drugi zaś — kształci lekarzy dentystów w specjalnych uczelniach.

System pierwszy, chociaż teoretycznie może i słuszny w życiu okazał się niepraktyczny. Do wykonywania bowiem zawodu dentystycznego przystępował kandydat bez należytego przygotowania teoretycznego, a głównie zaś praktycznego. System ten stosowany jest we Włoszech i w Rosji sowieckiej. Rosja, skasowawszy oddzielne uczelnie, włączyła dentystykę do medycyny ogólnej, co dało wyniki jaknajgorsze — od roku bowiem 1918 uniwersytety sowieckie nie wypuściły ani jednego lekarza dentysty, braki w tym zawodzie są wyrównane przez absolwentów uczelni ukraińskich, które istnieją w postaci samodzielnych jednostek.

Przedwojenna Austrja była również zwolenniczką tego systemu, jednak doszła widać do przekonania, że nie jest on praktyczny, skoro go po wojnie zarzuciła, reformując studja w ten sposób, że po ukończeniu wydziału lekarskiego kandydat, pragnący zajmować się dentystyką, musi odbywać dwuletnie studja w specjalnym instytucie dentystycznym przy uniwersytecie wiedeńskim.

Nie trzeba zresztą uciekać się do przykładów zagranicznych, wystarczy rozejrzeć się w stosunkach u nas w Małopolsce. Pokutuje tam jeszcze stary system austrjacki we wszechnicach krakowskiej i lwowskiej. Katedry stomatologiczne, które tam istnieją, krakowska od przeszło lat drzydziestu, a lwowska od dwudziestu, nie wypuściły ani jednego docenta, a rzekomo wyspecjalizowani w dentystyce lekarze stomatolodzy, brali sobie do pomocy techników dentystycznych i ci za nich praktykowali.

System drugi — odrębnych studjów — panuje poza wspomnianemi Włochami i Rosją w całej Europie i Ameryce północnej, a na jak wysokim poziomie stoi dentystyka w Niemczech i Ameryce półn. nie potrzeba mówić. Praktyczni niemcy zaprowadzili u siebie przed 53 laty oddzielne uczelnie w postaci autonomicznych instytutów. Rezultaty mają świetne — posiadają olbrzymią literaturę naukową.

Jeśli porównać te dwa systemy, to jasno widać, że system nauczania w oddzielnych uczelniach jest bezwzględnie lepszy, ponieważ z odrębnej uczelni wychodzi specjalista należycie przygotowany teoretycznie i praktycznie w czasie cztero lub pięcioletnim. Przy systemie kształcenia na wydziale lekarskim po 7—8 latach. Amator więc studjów dentystycznych traciłby 4—5 najlepszych swych lat bez potrzeby. Względy ekonomiczne odgrywają też nie małą rolę — studja bowiem krótsze kosztują taniej. Wszelkie pozatem sprawy administracyjne oddzielnej uczelni są rozpatrywane o wiele szybciej przez jej zwierzchnią władzę, niż w uczelni wielowydziałowej, gdzie każda sprawa musi być rozpatrywana przez senat akademicki. Dla tego też ministerstwo W. R. i O. P. słusznie postąpiło, stwarzając Akademję Stomatologiczną, jako oddzielną uczelnię akademicką, gdyż tylko taka uczelnia daje nam rękojmię rozwoju stomatologji. Wierzymy głęboko, że koleżanki i koledzy nasi przystąpią do pracy naukowej, a wiemy, że każdy doktorat to cegiełka w rozwoju nauki, to świeca rozjaśniająca ciemności nie jednej dziedziny. Lecz by to mogło nastąpić, muszą być utworzone nowe pracownie naukowe w Akad. Stom., a istniejące rozszerzone, tak aby chętni do pracy mogli w nich skutecznie pracować nad rozwojem polskiej stomatologji.

Reasumując to wszystko, dochodzimy do wniosku, że najlepszą formą nauczania dentystyki jest oddzielna uczelnia. Akademja Stomatologiczna nie może być traktowana, jako jakieś prowizorjum, jako coś niedokończonego lub wymagającego dopełnienia lub zmiany i wszelkie pomysły zmierzające w tym kierunku są niewłaściwe i winny być uważane za wręcz szkodliwe.

Otrzymaliśmy z prośbą o umieszczenie

I.

Istniejące na terenie Warszawy dwie organizacje dentystyczne t. j. Towarzystwo Lekarzy - Dentystów Warszawskich, założone w r. 1916 oraz Związek Lekarzy - Dentystów Chrześcjan, istniejący od r. 1920, na walnem wspólnem zebraniu swych członków dnia 17 października r. b., połączyły się tworząc nową organizację pod nazwą „Związek i Towarzystwo Lekarzy - Dentystów Chrześćjan".

II.

Komunikat.

Wieloletnie doświadczenie wykazało dobitnie, że nieodzownym czynnikiem harmonijnego rozwoju i postępu produkcji chemiczno-farmaceutycznej niezależnej od zagranicy, jest wydatne współdziałanie sfer lekarskich, nadewszystko ich czołowych przedstawicieli w osobach już to wykładowców uniwersyteckich, już to wybitnych teoretyków tudzież praktyków wiedzy lekarskiej.

Minęły bezpowrotnie owe czasy, kiedy to *„produkcja"* leków zamykała się w wąskich ramach mniej lub więcej zasobnie wyposażonej apteki; życie samo, jako najpotężniejszy reformator i najczulszy barometr rzeczywistego zapotrzebowania wskazało drogi, po jakich ma kroczyć dalszy rozwój produkcji farmaceutycznej, ażeby zaspokoić wymagania konsumcji z jednej strony, z drugiej zaś — otworzyć i rozszerzyć tereny ekspansji, zgodnie z istotnemi możliwościami, opartej o coraz bardziej udoskonaloną technikę — wytwórczości.

We wszystkich niemal cywilizowanych państwach powstaje i rozrasta się własny przemysł chemiczno - farmaceutyczny, oparty zrazu o wzory obce, zdążający jednak wytrwale i konsekwentnie do całkowitego uniezależnienia się od zagranicy ani w zakresie kapitałów, ani nawet metod produkcji. W wielu krajach wyrastają fabryki, zatrudniające wielkie ilości robotników i dysponujące całym sztabem uczonych, chemików, farmakologów, biologów i lekarzy.

Lecznictwo uzyskuje do swej dyspozycji nowe jednostki terapeutyczne, t. zw. „specyfiki", stanowiące w wielu wypadkach nader złożone związki chemiczne, przetwory organoterapeutyczne względnie

biologiczne, jakie w warunkach aptecznej pracy byłyby zgoła nie do pomyślenia.

Nowa gałąź przemysłu zaczyna odgrywać coraz większą rolę w organizacji całokształtu gospodarki danego kraju, przysparzając mu nietylko bogactwa, lecz w wielu wypadkach poniekąd decydująca o jego zdolności obronnej na wypadek wojny.

We wszystkich tych dziedzinach przemysł polski nie pozostał bezczynny, lecz, w miarę swych środków, dokonał dzieła, z jakiego dzisiaj w piętnastolecie odzyskania naszej niepodległości możemy być dumni. Z rynku polskiego, na którym jeszcze niedawno panowały niemal wszechwładnie importowane preparaty lecznicze, stopniowo ustępują one, wypierane skutecznie przez produkt krajowy, nietylko tańszy, lecz w wielu wypadkach nawet jakościowo wyższy. Godzi się zaznaczyć, iż w Polsce posiadamy wiele surowców, potrzebnych przemysłowi farmaceutycznemu, dotąd jednak z różnych powodów jeszcze niedostatecznie wykorzystanych. Surowce te, przerobione dla naszych potrzeb lecznictwa, dałyby możność obywania się bez chemikalji, sprowadzanych z zagranicy, co stanowi wciąż jeszcze jedną z najdotkliwszych pozycyj importowych naszego bilansu handlowego. Rozwój przemysłu farmaceutycznego powoduje rozrost przemysłu chemicznego wogóle, a więc i przemysłu syntetycznego, przemysł przeto farmaceutyczny jest nietylko wytwórcą, lecz i konsumentem różnych przetworów chemicznych, pobudzając tem samem ruch przemysłu chemicznego na wielką skalę. Zagadnienie nasze zyskuje na doniosłości, jeśli uwzględnimy, że z drugiej strony z rozwojem przemysłu chemicznego wiąże się ściśle rozkwit rolnictwa (nawozy sztuczne), górnictwa (materjały wybuchowe), obrony kraju (gazy bojowe) etc.

Słowem, omawiana przez nas kwestja zazębia się o cały szereg zagadnień, stanowiących nieledwie rdzeń współczesnego gospodarstwa narodowego.

Lekarz polski na sprawy te nie może być obojętny, gdyż w wielu poruszonych dziedzinach wpływ jego jest nieomal dominujący. Dlatego też apelujemy na tem miejscu do PP. Lekarzy, ażeby, zwiedzając jaknajtłumniej Wystawę pod hasłem „Walczmy z Gruźlicą", urządzoną z racji V Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego — zainteresowali się eksponatami krajowego przemysłu chemiczno - farmaceutycznego, nie szczędząc mu zresztą surowej lecz sprawiedliwej krytyki, ożywionej prawdziwą troską o racjonalne i zdrowe podstawy produkcji preparatów leczniczych.

Ocena taka będzie tem wszechstronniejsza, że wystawcy zgromadzą przy tej sposobności nietylko preparaty, mające ścisłą łączność z terapją gruźlicy, lecz uwypuklą całokształt swej działalności, dając niejako przegląd swego dorobku.

Warszawa, 1933.

V-ty Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy.

Drukarnia Artystyczna, Warszawa, Nowy Świat 47, tel. 635-80, 635-83